

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les profils de prestation

Vinck, Dominique

Published in:

Les Informa-G-iciens : les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs, 3ème journée de réflexion sur l'informatique

Publication date:

1986

Document Version

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Vinck, D 1986, Les profils de prestation. Dans *Les Informa-G-iciens : les professionnels de l'informatique dans leurs rapports avec les utilisateurs, 3ème journée de réflexion sur l'informatique*. p. 239-246.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LES PROFILS DE PRESTATION

Dominique VINCK

Assistant, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur

INTRODUCTION

L'informatique s'est introduite dans les secteurs de la santé par les hôpitaux, les médecins (1) mais également la santé publique (épidémiologie) et la gestion de l'assurance maladie et invalidité (A.M.I.). Pour cette dernière, l'ordinateur est essentiellement un outil de gestion financière et administrative. Toutefois, depuis 10 ans, l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité) s'est lancé dans l'instauration de profils pour les prestations effectuées dans le cadre de l'assurance obligatoire. C'est par le biais de ce dernier aspect que nous examinerons l'intervention des informaticiens dans le secteur de la santé et le service aux utilisateurs.

1. LES PROFILS : DE QUOI S'AGIT-IL ?

Un profil est un ensemble de caractéristiques retenues pour identifier et situer des objets ou des personnes. Dans le Petit Robert, on note : "représentation ou aspect d'une chose dont les traits, le contour se détachent".

Ainsi, les spécialistes en marketing ont établi des profils de consommateurs afin d'adapter leurs stratégies publicitaires aux acheteurs potentiels; les politiciens ont recours à des profils de citoyens pour "cibler" leurs discours électoraux; les employeurs définissent des profils pour les candidats à l'embauche; le fisc utilise des profils de fraudeurs pour faciliter son travail, etc. En Allemagne, c'est par les profils d'utilisation de l'électricité, c'est-à-dire la répartition de la consommation électrique au cours des heures de la journée et de la nuit, que des terroristes ont été retrouvés. (2)

Pour les profils médicaux, le Petit Robert note : "Ensemble de caractéristiques psychiques, anatomiques, physiologiques établies sur la base de

tests et de mensurations, en vue de déterminer l'aptitude d'un individu au service militaire". Pour l'INAMI, il ne s'agit pas de ces profils médicaux-là.

L'INAMI a établi progressivement différents types de profils dans le but de réduire les dépenses de l'assurance maladie. Il s'agit essentiellement de détecter les agents ayant une activité anormalement importante (surproducteurs et surprescripteurs) afin d'entamer des procédures d'audition et éventuellement déboucher sur des sanctions pour les pratiques frauduleuses.

Secondairement, il s'agit de jouer sur la "peur du gendarme", c'est-à-dire la menace de sanctions pour les pratiques hors normes, ainsi que de miser sur la tendance des individus à se conformer à la norme. Les prestataires informés sur leur pratique et sur celle de leurs confrères pourraient se situer et modifier leur pratique.

Il s'agit également de disposer d'une meilleure information (qui fait quoi et pour qui?) afin d'améliorer la gestion de l'A.M.I.

La finalité ultime de l'établissement des profils, c'est donc la réduction des dépenses de santé par le biais d'une meilleure connaissance et gestion du secteur et la sanction des pratiques frauduleuses.

Différents types de profils peuvent être établis dans ce cadre-là :

- les *profils de prestations par prestataire* sont des profils d'activité des agents de santé exécutant des actes médicaux par exemple, le profil d'activité d'un kinésithérapeute, d'un radiologue ou d'un médecin généraliste. Il s'agit ainsi de mesurer l'importance (le volume) et la structure de l'activité de ces agents de santé,
- les *profils de prescription par prescripteur* concernent uniquement les médecins puisqu'ils sont les seuls à pouvoir prescrire. Il peut s'agir de prescription de médicaments (ce n'est pas le cas ici), de prescription d'examens complémentaires (radiologie, biologie clinique) ou de prescription de soins (soins infirmiers, kinésithérapie, etc.). En effet, étant donné que plusieurs catégories d'agents de santé (radiologue, médecins biologistes, infirmières, kinésithérapeutes, etc.) ne peuvent pas prêter de leur propre initiative si la demande n'en a pas été faite par un médecin généraliste ou spécialiste, il est intéressant d'identifier les flux de prescription entre médecins prescripteurs et prestataires de soins (qui exécute les prescriptions de qui), de repérer les flux anormaux et d'analyser le comportement prescripteur des médecins (qui prescrit quoi).
- les *profils de soins par bénéficiaire* sont les profils de soins reçus par les malades. Ces derniers, combinés avec les résumés cliniques minimum, permettent d'établir, par institution de soins, des profils de soins par maladie et ainsi de pouvoir comparer les établissements les uns aux autres.

II. L'INSTAURATION DES PROFILS EN BELGIQUE

1976 : phase préparatoire à l'INAMI; il s'agissait dans un premier temps de rassembler des informations sur les expériences d'établissement de profils dans d'autres pays et ensuite d'uniformiser les procédures en vue de leur instauration en Belgique. (3)

1977 : les mutuelles sont autorisées à commencer la collecte des données en vue de constituer des profils.

| | profils de prestation par prestataire | profils de prescription par prescripteur |
|--------------------|---|--|
| -kinésithérapeutes | 1977 | 1984 |
| -médecins | | |
| anesthésistes | 1977 | |
| -médecins | | |
| réanimateurs | 1977 | |
| -dentistes | 1978 | |
| -médecins | | |
| stomatologues | 1978 | |
| -médecins | | |
| radiologues | 1978 | 1981 |
| -infirmières | 1979 | 1984 |
| -pharmaciens | | |
| biologistes | 1979 | 1981 |
| -médecins | | |
| biologistes | 1979 | 1981 |
| -médecins | | |
| autres | 1986 | |

L'accord médico-mutualiste du 28 mars 1980 prévoit enfin que soit introduit une troisième donnée : l'identification du *bénéficiaire*.

Les profils de prestations par prestataires permettent d'établir pour chaque catégorie de prestataire, le nombre moyen d'actes par prestataire, la répartition des prestataires autour de la moyenne et le repérage des profils anormaux.

Ainsi, on peut voir, par exemple, qu'en 1981, il y avait 655 médecins radiologues. Ils ont reçu, en moyenne, de l'INAMI 9.800.000 FB. Environ 10 % des radiologues ont reçu moins de 1 millions de remboursement tandis que 10 % ont reçu plus de 17 millions. 37 profils sont apparus être anormaux et ont fait l'objet de dossiers; 4 de ces dossiers ont

été transmis à l'Ordre de Médecins. Les infirmier(e)s (12.543) ont reçu en moyenne 308.032 FB de l'INAMI, 29 profils sont apparus être anormaux dont certains ont été transmis au Parquet. Pour les médecins biologistes, il n'y a pas eu de contrôle individuel.(4)

En ce qui concerne la collecte des données, elles sont actuellement, tirées des attestations de soins. Elles sont soit encodées dans les mutuelles, soit transmises à ces mêmes mutuelles sur support magnétique. Là, elles sont agrégées pour l'ensemble des affiliés et contrôlées (identification des erreurs d'encodage) puis transmises à l'INAMI pour l'établissement des profils et leur contrôle.

Les profils qui s'écartent des normes sont détectés et soumis à une commission qui les transmet, après un premier examen, à des organismes de contrôle compétents, à savoir :

- le service de contrôle médical (toutes disciplines),
- l'Ordre (médecins et pharmaciens-biologistes),
- le Conseil d'agrégation (kinésithérapie),
- le Parquet (toutes disciplines).

a. Evaluation

Le système de profil instauré en Belgique suscite plusieurs commentaires et critiques (5).

L'utilisation du système à fin de sanctionner les abus, rencontre un échec relatif. En effet, l'efficacité du système de contrôle par les profils est étroitement dépendant de la collaboration de chacun des groupes de praticiens. La collaboration des infirmier(e)s, des kinésithérapeutes et des pharmaciens-biologistes est satisfaisante. Par contre, celle des médecins ne l'est pas.

Les médecins dominent les travaux au sein de la commission d'évaluation pour médecins; ils freinent la transmission des dossiers "anormaux" aux organismes de contrôle. En outre, les médecins aux gros profils, soupçonnés d'abus, trouvent généralement des justifications à leur défense; soit ils travaillent en groupe dans un hôpital, par exemple, soit ils sont patrons dans un hôpital universitaire (lesquels sont généralement des gouffres financiers). Aussi, les médecins "petits surproducteurs" sont, du fait de l'immunité des "gros profils", peu motivés à entrer dans le jeu et à voir leurs activités contrôlées.

Une autre raison pour laquelle les médecins (tout au moins certains de leurs syndicats) bloquent les travaux, est le fait qu'ils perçoivent de plus en plus clairement que l'objectif des profils consiste à réduire les dépenses de l'INAMI. Or, cette partie des dépenses de la Sécurité Sociale est la principale source de leurs revenus. Etant donné par ailleurs la pléthore de jeunes médecins et donc le partage forcé de la clientèle, ils acceptent difficilement que des économies soient réalisées sur leurs revenus.

Un système de profils sans la collaboration des médecins n'a cependant aucune chance d'aboutir. Il est, en effet, difficile de juger les activités d'un médecin d'autant plus qu'il est spécialisé. Les contrôles doivent donc se faire par les pairs, c'est-à-dire les médecins de même spécialité. Or, entre confrères, par solidarité, on ne se sanctionne pas.

Toutes ces raisons, jointes à la difficulté d'établir des normes de production de soins explique en partie la non collaboration des médecins.

Il s'ensuit que le système actuel des profils ne permet pas encore d'acquérir une vue d'ensemble des activités par prestataire. Excepté les paramédicaux pour lesquels le système livre des informations intéressantes sur leurs activités pour l'ensemble de leurs honoraires, on ne dispose de telles informations que pour seulement 45 % des honoraires médicaux.

L'outil des profils pose par lui-même également quelques problèmes :

- les résultats ne sont disponibles qu'avec un décalage de 2 à 3 ans (nous disposons en 1985 des informations sur les prestations de 1982),
- il y a un déséquilibre entre l'étendue du système de collecte des données et l'exploitation de ces données,
- la présentation actuelle des données n'aide pas beaucoup à la gestion alors que, moyennant une présentation différente, ces données pourraient permettre de chiffrer l'impact de certaines mesures prises par les pouvoirs publics.

En outre, l'effet psychologique, sur lequel on comptait, a déjà fini de jouer son rôle; les résultats sont minimes. L'augmentation de la production de soins continue à progresser comme auparavant. Plutôt que de ramener les surproducteurs vers la moyenne du peloton, le système des profils conduit à ce que les petits producteurs de soins accroissent leur production pour rejoindre la moyenne (effet pervers du système des profils). Aussi, le système des profils semble-t-il inapte à réduire les dépenses de santé.

b. Les positions des acteurs en présence

Comment les acteurs (INAMI, mutuelles, médecins, paramédicaux, universités) se situent-ils ? Quelles sont leurs motivations et leur réticences ? Quelles sont leurs stratégies ?

L'INAMI est le premier intéressé par l'instauration des profils médicaux. Ses objectifs sont de pouvoir mieux gérer l'assurance maladie et de pouvoir sanctionner les abus de prescription et de prestation. Malgré l'échec relatif du système, l'INAMI continue son travail et espère toujours pouvoir le mener à bien.

Les Mutuelles, intermédiaires entre l'INAMI et les patients, étaient également très motivées par l'instauration d'un tel système et pour les

mêmes raisons que l'INAMI. Aujourd'hui, l'enthousiasme des mutuelles s'est toutefois restreint; elles comptaient beaucoup, au départ, sur la collaboration des médecins. Cet espoir est plus que déçu. Par ailleurs, le front des mutuelles n'est plus aussi uni sur ce point.

Certaines mutuelles croient encore beaucoup dans les possibilités du système car : en effet, les données rassemblées jusqu'alors, permettent de tirer beaucoup d'informations utiles pour la détection de surproducteurs et des secteurs des soins où des mesures doivent être prises. En exploitant les possibilités des outils statistiques et informatiques modernes, on pourrait réaliser des statistiques par secteur d'activité. On pourrait analyser distinctement les activités en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire, par région, etc. Par la réalisation de tests statistiques pour les secteurs d'activité où on soupçonne des abus, il y aurait moyen de réaliser les objectifs assignés au départ. Aussi, certaines mutuelles souhaitent étendre le système de façon intelligente et étudiée. Si elles réussissent à maintenir le système, c'est grâce au pouvoir politique dont elles disposent.

Les petites mutuelles, par contre, sont plus réticentes. Elles rencontrent des difficultés dans l'exécution et ne suivent pas d'un point de vue technique (c'est-à-dire au niveau informatique). Aussi ne poussent-elles pas les profils. En outre, elles ont moins confiance dans le système que les grandes mutuelles.

Les *médecins*, au départ, n'étaient pas opposés à l'instauration du système des profils. Cependant, depuis 1976, le climat a bien changé. Bien qu'aucun médecin n'ait été sanctionné jusqu'alors, ils ont pris peur par rapport aux utilisations possibles des résultats par les mutuelles lesquelles deviennent capables de contrôler leur activité.

Aussi, la stratégie de plusieurs associations de médecins et syndicats médicaux consiste à dénigrer publiquement le système des profils, à mettre en exergue le ou les cas où il y a erreur ou exagération, à déformer l'information et à bloquer les travaux.

Les *institutions hospitalières universitaires* ne se chagrinent pas des profils; elles sont intouchables.

Les *paramédicaux* sont de moins en moins enthousiastes pour ce système. En effet, chaque mois, des infirmières et des kinésithérapeutes sont sanctionnés. Leurs organismes représentatifs ne sont cependant pas opposés à ce que les déviants parmi leurs membres soient poursuivis. Par ailleurs, ils estiment également que ce n'est pas par la stratégie des profils qu'on réduira les dépenses de santé.

III. UNE AUTRE EXPERIENCE DES PROFILS : LE SYSTEME FRANCAIS (6)

L'instauration des profils (Tableaux Statistiques d'activité des Praticiens : TSAP) date de 1974. Le système français présente un certain nombre de différences par rapport à notre système.

En ce qui concerne les données collectées, il est beaucoup plus vaste puisqu'il ne se rapporte pas seulement aux tarifs de remboursements mais aux honoraires réellement pratiqués (remboursements, tickets modérateurs et suppléments); les médecins français doivent indiquer sur l'attestation de soin le montant de l'honoraire. Ce système permet donc par la même occasion de contrôler le respect des conventions.

En outre, le système de TSAP informe sur les activités de prescription des médecins en matière de kinésithérapie (comme en Belgique), mais aussi en matière de médicaments et de journées d'incapacité de travail.

Par contre, ce système est peu intéressant pour ce qui concerne les prestations de spécialistes car elles sont relevées uniquement en terme de lettre-clé (à chaque acte technique correspond un certain nombre de K, de Z, de B,...; ces lettres clés ont une valeur monétaire différente). Il est donc impossible d'analyser finement leurs activités.

En ce qui concerne l'organisation, le système français est beaucoup plus décentralisé que le nôtre; la collecte des données est réalisée au niveau de caisses primaires organisées par catégories professionnelles. Les informations ventilées par médecin sont traitées au niveau régional afin de produire dans les trois mois (!) les profils par région. Le contrôle des médecins peut donc intervenir rapidement après les faits.

Les médecins reçoivent chaque semestre un relevé de leurs prestations et un tableau anonyme des profils des médecins de sa région. Il peut également obtenir le profil moyen de sa région et ainsi se situer (effet pédagogique). Le contrôle individuel des profils se fait au niveau régional par des comités locaux composés exclusivement de médecins. S'il y a fraude, les dossiers peuvent être transmis à l'Ordre.

En outre, en France, l'assurance maladie est obligée de transmettre au fisc les informations relatives aux honoraires pratiqués. L'Etat récupère en contributions largement de quoi financer le système des TSAP. De 1978 à 1985, le montant total des déclarations d'impôts des médecins a plus que quadruplé.

Par contre, l'intérêt des TSAP est limité par le fait qu'ils ne se rapportent qu'à la médecine libérale. Or, en France, 70 % des soins hospitaliers n'entrent pas dans cette catégorie.

Pour l'avenir, les français songent à l'établissement de profils par patient. Les organismes chargés de l'exécution de la loi sur l'assurance maladie obligatoire peuvent, en effet, disposer de toutes les informations du registre national (7).

CONCLUSION

Du fait du caractère trop général des statistiques issues des profils établis en Belgique et des freins opposés par les médecins, le système n'a pas permis d'atteindre les objectifs de sanctions des abus et de réduction des dépenses de l'assurance maladie. Plutôt que de continuer à établir des profils généraux et tous azimuts, on pourrait améliorer le système par une extension réfléchie et une investigation poussées des secteurs où des abus sont suspectés. Toutefois, il semble que le système des profils n'est pas le plus apte pour réduire les dépenses de santé. Un système de distribution d'enveloppes budgétaires à ne pas dépasser est susceptible d'offrir une alternative efficace au système des profils. Ce système d'enveloppe budgétaire aurait pour avantage de miser sur la responsabilisation des médecins par rapport aux dépenses qu'ils engendrent plutôt que sur la peur du gendarme et le contrôle individuel.

REFERENCES

- (1) Au niveau des hôpitaux, les principaux domaines d'intervention de l'informatique concernent la gestion, les dossiers médicaux, l'instrumentation diagnostique (imagerie médicale, monitoring, et thérapeutique (radiothérapie), la recherche scientifique, les échanges avec les banques de données bibliographique, interactions médicamenteuses, etc. Au niveau des médecins, l'informatique intervient comme outil de gestion du cabinet et d'aide au diagnostic. Par ailleurs, il faut noter l'apparition des systèmes experts susceptibles de modifier considérablement le travail médical et les rapports entre professionnels.
- (2) *Terminal*, 19/84, n° 13, p 11.
- (3) REMAN, P., *M-Info*, n° 96, 1.6.1982.
- (4) REMAN, P., *M-Info*, n° 111, 15.2.1984.
- (5) KESSENNE, J., *M-Info*, n° 119, 15.4.1985.
- (6) KESSENNE, J., VANDEN OEVER, R., *M-Info*, n° 120, 1.7.1985.
- (7) Arrêté français ...